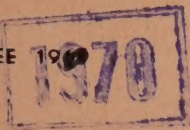


FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE



THÈSE

N°

3

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Raymond ALEMANY

Né le 26 Juin 1936 à Nantes (Loire-Atlantique)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

1970

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES CONSÉQUENCES OBSTÉTRICALES
ET JURIDIQUES DES TRAUMATISMES
EN COURS DE GROSSESSE

Président : Monsieur R. MERGER (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, Rue Casimir-Delavigne
PARIS-VI*

1969

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--:

Année 1969

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Raymond ALEMANY

Né le 26 juin 1936 à Nantes (Loire-Atlantique)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

--:

Présentée et soutenue publiquement
le

--:

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES CONSEQUENCES
OBSTETRICALES ET JURIDIQUES DES TRAUMATISMES
EN COURS DE GROSSESSE

--:

Président : Monsieur R. MERGER (Professeur)

--:

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir Delavigne
PARIS - 6ème
1969



A ma MERE

A ma FEMME

A mon FILS

A tous les MIENS

A tous mes AMIS

A Monsieur le Professeur Robert MERGER

Professeur à la Faculté de Médecine
de Paris

Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait l'honneur
d'accepter la présidence
de cette thèse

En hommage de respectueuse
reconnaissance

A mes Maîtres d'EXTERNAT

Monsieur le Professeur VERNE

In memoriam

Monsieur le Professeur DEPARIS

Monsieur le Professeur RAMBERT

Monsieur le Professeur LAPLANE

Monsieur le Professeur Agrégé MUSSET

Monsieur le Professeur LACOMME

Monsieur le Professeur HUGUIER

Monsieur le Professeur Agrégé CERBONNET

Monsieur le Professeur VARANGOT

Le Docteur Marguerite FAYOT-PETITMAIRE

Le Docteur GRASSET

A Monsieur le Professeur DEROBERT

Professeur de Médecine légale

Qui nous a aidé de ses
précieux conseils

Avec notre gratitude et
nos remerciements

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES CONSEQUENCES
OBSTETRICALES ET JURIDIQUES
DES TRAUMATISMES EN COURS DE GROSSESSE

- :-

INTRODUCTION

-:-

Le traumatisme au cours de la grossesse est devenu une éventualité fréquente dans la société moderne et ce, pour de multiples raisons:

- La femme s'est peu à peu libérée de ses tâches traditionnelles pour s'intégrer à la vie active : voyages, activités professionnelles, sports ...

- Le développement toujours croissant de la machine a augmenté, dans des proportions considérables, le nombre des accidents. Les risques sont divers mais largement dominés par les accidents de la circulation et si l'on sait la grande fréquence des atteintes du bassin et de l'abdomen dans ce type d'accident, l'on comprend aisément que la femme en état de gestation soit plus exposée que naguère aux traumatismes pelviens.

L'association "grossesse et traumatisme" peut réaliser des tableaux très variables par la gravité, le polymorphisme des manifestations.

Il existe des formes gravissimes mettant directement en jeu le pronostic vital de la femme. Il s'agit en règle de polytraumatismes avec délabrements considérables. Dans ce contexte l'avenir de la grossesse en cours est un élément secondaire mais un élément dont il faudra tenir compte dans le calcul de la réparation.

- A l'inverse, et fort heureusement, les formes bénignes sont très fréquentes : le traumatisme n'entraîne aucune répercussion sur le bon déroulement de la grossesse, sur l'avenir obstétrical et gynécologique de la femme. L'état de gestation n'est alors pas un élément supplémentaire dans l'évaluation de la réparation (il faudra cependant ménager des réserves car les conséquences à long terme sont difficilement prévisibles).

- Entre ces deux extrêmes tous les degrés sont possibles mettant en cause :

- L'avenir de la grossesse en cours (interruption, grossesse pathologique)
- le bon déroulement de l'accouchement (manoeuvres obstétricales, opération césarienne).
- l'avenir de l'enfant : surtout la débilité dont la cause essentielle est la prématurité, d'une façon très exceptionnelle : les malformations.
- l'avenir obstétrical : stérilité, angustie
- l'avenir gynécologique : prolapsus, troubles fonctionnels et plus particulièrement dyspareunie
- l'avenir psychique : choc émotif avec dérèglement diencéphalo-hypothalamique, stérilité définitive chez une femme sans enfant,

Cette énumération des conséquences possibles témoigne :

- de l'importance que peut prendre la réparation du dommage subi dans certains cas.
- mais aussi de la difficulté que peut éprouver un expert pour apprécier à sa juste valeur ce dommage, d'autant que certaines particularités liées à la grossesse rendent encore plus délicate cette évaluation :

- Il n'existe pas de parallélisme strict entre le traumatisme causal et sa répercussion sur la gestation aussi, là plus qu'ailleurs, la relation de cause à effet est souvent difficile à établir.

- L'accident met en cause deux victimes éventuelles, la mère et l'enfant : s'il est difficile d'évaluer les séquelles maternelles surtout lorsqu'elles se traduisent par des troubles fonctionnels ; il est encore plus difficile d'affirmer l'action du traumatisme sur l'état de l'enfant d'autant que les complications liées à un accouchement pénible ou à la prématurité peuvent ne se manifester que très tardivement ... parfois même il faudra avoir plusieurs années de recul pour parvenir à un bilan correct !

Ces remarques nous montrent les conséquences multiples qui peuvent résulter d'un traumatisme en cours de grossesse, mais elles soulignent également combien la tâche de l'expert pourra parfois être délicate lorsque des responsabilités seront en cause .. C'est dire combien celui-ci devra savoir se montrer prudent dans ses estimations, et savoir émettre des réserves pour le pronostic à long terme.

Nous allons diviser cette étude en deux parties :

- Un premier chapitre sera consacré à l'étude clinique des traumatismes en cours de grossesse et à leurs conséquences.

- Un deuxième chapitre traitera de la réparation juridique éventuelle du dommage occasionné lorsqu'une responsabilité est en cause.

ETUDE CLINIQUE

-:-

A) Le traumatisme causal, les différents tableaux réalisés

La femme en cours de grossesse est exposée à des risques multiples aussi, il semble raisonnable de ne limiter cette étude qu'aux seuls traumatismes se traduisant par des contusions, des blessures, des plaies avec des délabrements plus ou moins importants touchant les os, les parties molles, les viscères profonds, les vaisseaux ... Il nous faut donc exclure les traumatismes résultant :

- d'un acte médical : certaines investigations spécialisées (hystéro-salpingographie, biopsie de l'endomètre ...) effectuées sur une grossesse jeune et méconnue peuvent entraîner l'interruption ou avoir de graves répercussions sur son déroulement. Il en est de même de certaines interventions chirurgicales soit par action directe ou indirecte. L'action thérapeutique elle-même est grevée de dangers : les médications tératogènes abortives ... la radiothérapie avec ses conséquences sur la gonade, sur le fœtus. Ces actes médicaux peuvent d'ailleurs poser des problèmes de responsabilité civile.

- Mais aussi les traumatismes résultants :

de manoeuvres abortives, d'une irradiation radio-active, de même que les baro-traumatismes et les micro traumatismes répétés à l'occasion du travail ou du transport.

- Nous excluerons également les stress nerveux ou psycho-affectifs toutefois, il existe presque toujours un choc nerveux surajouté au traumatisme, et s'il est grave, on devra en tenir compte dans l'évaluation du dommage.

I) Nature des lésions et circonstances de survenue

Nous avons précisé que nous ne retiendrons que les traumatismes se traduisant par des contusions ou par des plaies :

1°) Les contusions : Elles sont de loin les plus fréquentes.

- Elles résultent :

- Le plus souvent d'un accident de la circulation (le tableau de bord est particulièrement dangereux dans les collisions) ; parfois d'un accident de travail (chute, erreur de manutention) ; plus accessoirement il peut s'agir d'un coup de sabot d'un animal, d'une agression avec coups volontaires.

- En fait, tous les actes de la vie quotidienne peuvent engendrer des contusions parfois graves. Ex. : chute dans un escalier.

- Il faudra préciser les circonstances exactes du traumatisme :

- Le point d'impact est-il pelvien ou à distance ?

- Y a-t-il eu perte de connaissance, signes

d'hémorragie interne avec collapsus ?

- Si le choc a atteint directement l'utérus gravide, il faudra essayer de préciser :

- l'intensité du choc
- si la femme était en état de défense ou au contraire en état de surprise (la contraction de la musculature abdominale protège l'utérus en amortissant le choc).
- s'il s'agit d'un simple heurt ou au contraire d'un processus d'écrasement entre deux surfaces résistantes, ex. : écrasement par roues.

2°) Les plaies localisées au pelvis ou à l'abdomen sont beaucoup plus rares que les contusions, mais elles sont aussi beaucoup plus graves : elles nécessitent l'intervention chirurgicale immédiate d'exploration et de parage des lésions qui se solde parfois par des exérèses mutilantes et de graves séquelles. De plus elles exposent aux risques de la surinfection.

- Elles résultent :

- parfois d'une cause accidentelle : accident de chasse, traumatisme violent par un objet perforant, empalement (coup de corne, chute sur une grille, sur une fourche ...)
- mais le plus souvent elles découlent de la violence : faits de guerre (éclats d'obus, balle ...) agression, tentative de meurtre voire de suicide (arme blanche, armes à feu..).

- La gravité du tableau est fonction :

- du trajet de l'agent causal : quelquefois tangentiel avec lésions superficielles, ailleurs lésions profondes atteignant l'utérus gravide et parfois même le fœtus.
- de l'importance de l'hémorragie.
- des lésions associées : organes génitaux ex-

ternes et internes, voies urinaires, anses intestinales, vaisseaux ...

3°) Mais contusions et plaies peuvent être diversement associées réalisant des délabrements plus ou moins considérables.

II) Siège et caractères des lésions

Lors d'un traumatisme les lésions peuvent toucher n'importe quelle partie du corps mais la répercussion sur la gestation sera d'autant plus à craindre que l'impact sera plus voisin de la sphère génitale.

1) L'utérus gravide peut être directement en cause, ce risque varie avec le terme :

- WRIGHT et collaborateurs ont réuni 21 observations de plaies pénétrantes de l'utérus gravide, il est intéressant de constater : qu'il s'agissait dans les trois quarts des cas de plaies par balle ; qu'une seule fois la gestation était à son début alors que les 20 autres observations ne mentionnaient que des grossesses déjà très avancées dont 10 dépassaient huit mois !

- Ceci s'explique aisément par la variation du volume et aussi du siège de l'utérus au cours de la gestation :

- pendant le premier trimestre, l'utérus est petit et encore entièrement pelvien, aussi il est bien protégé par le bassin osseux, son atteinte est exceptionnelle ne se rencontrant guère que dans les rares cas d'empalement profond, ou dans les traumatismes gravissimes avec écrasement de la ceinture pelvienne.

- pendant les 2e et 3e trimestres l'utérus est

abdominal et superficiel donc très exposé et ce, d'autant plus que la grossesse est plus avancée. C'est dans ces cas que l'on rencontre parfois une atteinte directe du fœtus.

- Cependant les plaies pénétrantes de l'utérus demeurent rares en temps de paix, la femme étant alors surtout exposée aux contusions de l'abdomen accompagnées ou non de lésions pariétales. La plupart des auteurs s'accordent à reconnaître que la grossesse résiste particulièrement bien à ce type de traumatisme : déjà au siècle dernier GUENIAT puis TILLOUX montrèrent combien la femme enceinte pouvait parfois subir des traumatismes violents sans dommages graves, d'ailleurs, les exemples ne manquent pas de femmes s'étant volontairement jetées d'un cheval au galop ou du haut d'une échelle sans parvenir à l'avortement recherché ! Ceci s'explique par la nature même de l'utérus qui, lorsqu'il est normalement développé et non cicatriciel, est un muscle très résistant ; et aussi par la situation du fœtus dans la chambre ovulaire où il est particulièrement bien protégé par le liquide amniotique qui amortit d'une façon presque parfaite les chocs. Mais s'il est vrai que l'utérus gravide résiste bien aux contusions, ceci est surtout vrai lorsqu'il s'agit d'une grossesse jeune et de moins en moins lorsque l'on se rapproche du terme, la femme étant alors fortement exposée au risque d'accouchement prématuré et à ses conséquences ! Par ailleurs s'il s'agit d'un traumatisme violent il peut entraîner : une rupture utérine en absence même de toute lésion pariétale (ex. : lésion d'écrasement) Mc. CLUNE en a décrit un cas, plus exceptionnellement la contusion peut provoquer un hématome rétro placentaire, voire la mort fœtale réflexe.

- Au total; le traumatisme engendre rarement une lésion utérine mais les contusions directes sont fréquentes constituant tout l'intérêt de cette étude car les répercussions sur la gestation sont imprévisibles.

2) En ce qui concerne les autres organes abdomino-pelviens, nous avons vu qu'ils pouvaient tous être atteints lorsqu'il s'agissait de plaies profondes ou de gros délabrements :

- Les annexes sont rarement touchées car petites et très mobiles lorsqu'elles sont normales (elles sont plus vulnérables si une pathologie associée en modifie les dimensions: kystes, hydrosalpinx ...). Ce sont les trompes qui sont les plus menacées.

- Il peut s'agir également de lésions : intestinales posant le problème des résections plus ou moins étendues ; des voies urinaires exposant aux fistules, à l'incontinence séquellaire ; de l'appareil de fixation du corps utérin, amorce de prolapsus futurs ; des gros vaisseaux réalisant un tableau d'hémorragie cataclymique et imposant l'intervention d'urgence qui ne permet pas toujours de sauver la femme.

3) Les organes génitaux externes sont relativement plus exposés aux traumatismes car démunis de toute protection naturelle.

- Les contusions périnéales simples souvent réalisées par une chute à califourchon sont le plus souvent sans gravité mais la richesse de la vascularisation locale expose aux hématomes volumineux, aux hémorragies externes abondantes surtout si les corps caverneux sont intéressés. L'hémostase peut alors être très difficile à réaliser (MAHON et BRUN ci-

tent le cas d'une femme au terme de 4 mois et morte d'hémorragie à la suite d'un tel traumatisme).

- Les plaies profondes telles que celles réalisées par un empalement sur une grille sont très délabrantes et cause : de fistules, d'incontinences sphinctériennes, de dyspareunie, de périnée cicatriciel pouvant interdire l'accouchement par voie basse.

4) Mais, plus que l'atteinte des parties molles, ce sont les lésions du bassin osseux qui font la gravité des traumatismes pelviens car elles mettent en cause le pronostic obstétrical. Le siège de ces fractures est variable pouvant atteindre tous les os du bassin aussi nous ne retiendrons que les fractures susceptibles de modifier les diamètres obstétricaux par des déformations ou par des cals exubérants.

- L'atteinte pubienne est grave car entraîne une solution de la continuité pelvienne et des modifications de l'arc antérieur du détroit supérieur. Les traits de fractures peuvent être de type divers mais deux tableaux sont particulièrement bien individualisés : la double fracture verticale du pubis réalisant un bassin en entonnoir ; la double fracture de Malgaigne intéressant les branches ischio-pubiennes et horizontales dont la réparation se solde souvent par un cal exubérant et une diminution du diamètre oblique. Cette fracture est surtout le fait des traumatismes violents, les lésions viscérales associées sont fréquentes, dans ces cas.

- Les fractures du sacrum peuvent être source de dystocie : celles du corps s'accompagnent

parfois de protusion en avant obstruant la cavité pelvienne, celles des ailerons sacrés réalisent parfois un aspect pseudo-oblique ovalaire du détroit supérieur.

- Les fractures de l'ischion et du coccyx peuvent modifier les diamètres du détroit moyen.

- Enfin il faut préciser que ces fractures peuvent être multiples et s'accompagner de lésions viscérales graves.

5) Parmi les atteintes à distance de la sphère génitale certaine ont un intérêt particulier :

- Les traumatismes craniens avec ou sans perte de connaissance car l'on sait les corrélations diencéphalo-hypothalamo-hypophyso-ovariennes.

- L'atteinte des membres inférieurs et plus particulièrement les fractures fémorales qui posent des problèmes orthopédiques délicats chez une femme enceinte.

- Les grandes spoliations sanguines et leur action sur le produit de conception.

B) Conséquences des traumatismes

Nous envisagerons l'action des traumatismes sur l'évolution de la grossesse, sur l'accouchement, sur l'enfant, mais aussi les séquelles possibles gynéco-obstétricales.

I - Répercussion du traumatisme sur la grossesse

- Nous avons vu que les lésions graves, ouvertes ou fermées pouvaient entraîner la rupture utérine imposant l'intervention d'urgence : suture chaque fois que c'est possible ou hystérectomie mains forcées. La mort foetale est habituelle hormis les rares cas : d'opération césarienne immédiate chez une femme près du terme ; de suture primitive, en début de grossesse, non suivie d'expulsion.

WRIGHT et collaborateurs signalent qu'ils ont pratiqué huit sutures de plaies utérines au cours des deux premiers trimestres et qu'ils ont obtenu quatre enfants vivants et à terme et quatre avortements. De même ils ont pratiqué des césariennes lorsque les enfants étaient viables ils ont ainsi obtenu onze enfants vivants dont six étaient blessés.

- Mais nous avons vu également que les simples contusions étaient fort heureusement les plus fréquentes, qu'elles étaient en général bien tolérées cependant que les conséquences étaient imprévisibles : tantôt un traumatisme violent ne sera suivi d'aucun effet, tantôt une contusion minime entraîna l'interruption de la grossesse. Quoiqu'il en soit les complications sont d'autant plus à craindre que les lésions sont plus voisines de la sphère génitale.

- L'avortement semble rare dans les différentes statistiques : la grossesse au cours du premier trimestre est biologiquement plus fragile mais elle est bien protégée des chocs à ce stade (JAVERT sur une série de 2 000 avortements spontanés retrouve une origine traumatique dans 0,35 p.cent des cas).

- L'accouchement prématuré est plus fréquent, le risque est d'autant plus grand que le terme est plus avancé, mais il existe de nombreux exemples de traumatismes graves ayant permis à la grossesse d'évoluer normalement.

- Le décollement prématuré d'un placenta normalement inséré avec constitution d'un hématome rétro-placentaire post traumatique est rare mais RICHON, VERMELIN et FACQ ont publié des observations où cette origine traumatique semble certaine.

- La mort du fœtus in-utéro est souvent la conséquence d'un hématome rétro placentaire mais elle peut relever d'un autre mécanisme : mort par atteinte directe du fœtus lors d'une perforation utérine, voire mort par anoxie lors d'hémorragies abondantes.

- Le traumatisme peut révéler et compliquer une grossesse pathologique : rupture d'une grossesse extra-utérine voire d'un kyste de l'ovaire associé à la grossesse, saignement d'un placenta praevia.

II - Répercussion du traumatisme sur l'accouchement

- Le plus souvent l'accouchement est normal mais le traumatisme peut être cause d'une dystocie mineure et méconnue (cal exubérant, déformation pelvienne modérée) obligeant à des manœuvres obstétricales, à une prise de forceps parfois traumatisantes pour l'enfant.

- Surtout le traumatisme peut imposer la césarienne : exceptionnellement pour un bassin rendu impraticable par une déformation

considérable ; parfois pour un périnée cicatriciel rigide et fragile ; surtout pour une fracture non encore consolidée : soit fracture fémorale gênant la voie basse, soit surtout fracture du bassin.

- Une observation de janvier 69 à la Maternité de la Pitié offre un exemple de césarienne à la suite d'un traumatisme : Mme F... 22 ans est renversée au terme de 7 $\frac{2}{3}$ mois par une automobile sur la voie publique, elle est admise aux urgences pour polytraumatisme et les radiographies montrent une fracture du col anatomique de l'humérus gauche et surtout des fractures multiples du bassin il existe en effet : une fracture du fond du cotyle gauche, une fracture de la branche horizontale du pubis droit, une fracture des branches ilio-pubienne et ischio-pubienne gauches ... mais il n'y a pas de déplacement important. L'examen obstétrical est normal : l'utérus est souple présentant de rares contractions utérines irrégulières et peu intenses, la hauteur utérine est de 30 cm, les bruits du coeur sont bons, les mouvements actifs ne sont plus perçus depuis l'accident mais cet accident remonte à quelques heures. Au toucher vaginal il s'agit d'une présentation céphalique haute et mobile, le col est long et fermé, la poche des eaux paraît intacte, il n'existe ni hydropnée, ni métrorragies. Le sondage révèle une hématurie aussi, la malade est hospitalisée en chirurgie où l'on procède à la réduction de la fracture humérale. De plus on pose une sonde à demeure qui sera gardée sept jours et on institue un traitement médical comportant : oestrogènes, progestérone retard 500, antispasmodiques et une couverture antibiotique qui n'évitera d'ailleurs pas au 2e jour un clocher fébrile à 39°2 qui cèdera finalement à une perfusion

antibiotique (l'hémoculture et le culot urinaire sont négatifs). Au 7^e jour apparaissent des contractions utérines régulières, celles-ci deviennent de plus en plus fréquentes malgré une perfusion de duvadilan et entraînent vite : l'effacement du col, sa dilatation à 1 cm et l'application de la présentation céphalique au détroit supérieur. L'accouchement prématuré semble irrémédiable mais le bassin paraissant normalement perméable malgré ses nombreux traits de fracture, on décide une tentative de voie basse. La dilatation progresse lentement jusqu'à 5 F, la poche des eaux se rompt alors, le liquide est clair. Puis la dilatation stagne, les contractions deviennent irrégulières et la femme est très agitée, on procède alors à une analgésie au gamma OH mais brusquement le liquide devient teinté aussi on décide la césarienne : extraction d'un enfant pesant 2 480 g et criant après cinq minutes de soins.

- Cette observation appelle des remarques :

- L'opération césarienne a été commandée par l'apparition d'une souffrance foetale, il existait de plus une dystocie dynamique mais il n'y avait pas d'obstacle à la progression et ce bassin bien que fortement touché restait perméable.

- Cet accouchement prématuré bien que directement lié au traumatisme n'est apparu qu'une semaine après le traumatisme causal.

- Enfin si le traumatisme peut imposer la césarienne il peut aussi compliquer l'accouchement d'une façon indirecte : ainsi un traumatisme ancien peut fragiliser un utérus et favoriser une rupture utérine qui paraîtra spontanée, il peut aussi être à l'origine d'une

présentation vicieuse : front, voire épaule par défaut d'accomodation au niveau d'un détroit supérieur déformé ; siège chez un prématuré qui n'a pas encore eu le temps d'effectuer sa rotation spontanée, et l'on sait que si cette présentation n'est pas dystocique elle est d'un pronostic foetal moins favorable surtout s'il s'agit d'un grand prématuré !

III - Répercussion sur l'enfant

Nous avons vu que le traumatisme pouvait être responsable de la mort du fœtus in utéro mais aussi de la mort de l'enfant aussitôt après la naissance ou dans les jours qui suivaient : elle peut résulter de blessures directes mais aussi d'une hémorragie méningée, d'une atteinte bulbaire ... liées à des manoeuvres obstétricales rendues obligatoires par les séquelles d'un traumatisme ancien.

Surtout le traumatisme peut être la cause de la prématurité de l'enfant dont on connaît les graves conséquences : Enfant chétif, souvent débile, s'élevant mal et plus exposé qu'un autre à toute une pathologie grave (syndrome de la membrane hyaline, ictère nucléaire par exagération de l'ictère physiologique ...). Enfin et surtout le pronostic fonctionnel lointain est réservé car l'on sait que le risque d'encéphalopathie croît avec le degré de prématurité.

IV - Les séquelles gynécologiques ou obstétricales ne sont pas rares à la suite d'un traumatisme abdomino-pelvien :

1) La stérilité est la plus dramatique de toutes, surtout lorsqu'elle est définitive et touche une femme jeune sans enfant. Elle est en règle consécutive à une hystérectomie rendue obligatoire ; mais elle peut aussi être le fait d'une atteinte annectielle, en fait ceci est plus exceptionnel car les lésions doivent alors être bilatérales au toucher une trompe restante ! Parfois il s'agit d'une stérilité par synéchie post-traumatique laissant l'espoir d'une cure chirurgicale.

2) Mais bien d'autres séquelles sont possibles et en fait tous les syndromes pelviens peuvent être réalisés selon la nature de l'agent causal :

- Il peut s'agir d'une simple aménorrhée post-traumatique et transitoire, ou au contraire de troubles de la castration réalisant une ménopause précoce.

- de syndromes douloureux divers et plus particulièrement d'une dyspareunie orificielle ou profonde par cicatrices douloureuses, par brides ...

- de fistules recto-vaginales ou vésico-vaginales, d'incontinences sphinctériennes consécutives à de gros délabrements périnéo-vaginaux et réalisant des infirmités graves de cures délicates.

- parfois de prolapsus par atteinte de l'appareil de fixation des organes pelviens.

3) Séquelles psychiques enfin : en effet toutes ces infirmités se répercutent le plus souvent sur la vie socio-professionnelle de la femme ou sur l'harmonie du couple entraînant de graves désordres psycho-affectifs.

V - Enfin il nous faut envisager un chapitre particulier : est-ce que l'état de grossesse a une répercussion sur le traumatisme ?

La grossesse ne semble pas être un élément aggravant du traumatisme, toutefois quelques remarques s'imposent :

- l'imprégnation hormonale, le développement considérable de la vascularisation pelvienne rendent les plaies plus hémorragiques et la chirurgie plus délicate.

- la décalcification fréquente de la femme gestante la rendrait plus vulnérable aux fractures. Par ailleurs KLEINE H.O. a soutenu qu'il existait "un retard de la consolidation des fractures au cours de la grossesse et de la lactation".

- Bon nombre d'auteurs insiste sur l'aspect inesthétique de la cicatrisation cutanée des plaies survenues dans le premier trimestre de la gestation : ces cicatrices seraient souvent exubérantes, pseudo-chéloïdiennes.

- Surtout la grossesse peut entraver l'acte médical : en limitant l'action thérapeutique (choix des médicaments plus restreint, chirurgie abdomino-pelvienne souvent réduite aux cas mettant en jeu le pronostic vital maternel) et aussi en limitant le recours à certains examens spécialisés et plus particulièrement aux bilans radiologiques répétés.

LA REPARATION JURIDIQUE DU DOMMAGE

--

L'évaluation du préjudice est fixée d'une façon souveraine par le juge. Le rôle de l'expert sera de donner au magistrat les éléments d'appréciation qui lui permettront d'aboutir à la réparation la plus juste dans un domaine qui lui est étranger.

- Pour mener à bien cette tâche l'expert devra donc :

- affirmer la matérialité des faits
- retrouver une relation de cause à effet entre le traumatisme causal et les troubles allégués qu'il s'agisse d'une affection encore en évolution ou de séquelles.
- prévoir d'éventuelles aggravations et leurs répercussions sur l'avenir gynécologique et obstétrical de la femme.
- évaluer les conséquences possibles sur l'enfant.

- Ce n'est qu'au terme de ce bilan que l'expert pourra fournir des éléments valables d'appréciation : du préjudice matériel et éventuellement d'un prétium doloris, de préjudices esthétique, juvénile ou d'agrément.

A) Moyens dont dispose l'expert

L'expert pour prouver l'authenticité des

faits utilise tous les documents médicaux ou judiciaires mis à sa disposition, et procède à un examen minutieux de la victime ainsi qu'à son interrogatoire.

I - Les documents dont dispose l'expert sont d'importance variable

- Le certificat médical initial est de grande valeur ... en fait il est trop souvent imprécis pour être utilisé pleinement.

- Le procès verbal établi en cas d'accident précise les circonstances du traumatisme mais donne peu de renseignements sur l'état médical.

- Les différentes pièces du dossier médical sont d'une importance capitale lorsqu'elles existent. Il peut s'agir : de compte rendu d'hospitalisation ou d'éventuelles interventions chirurgicales ; de certificats médicaux mentionnant les bilans effectués, les traitements institués ; du dossier médical de surveillance de la grossesse précisant les incidents ou accidents survenus au cours de l'évolution de cette grossesse, le déroulement de l'accouchement, parfois même ce dossier mentionnera une pathologie associée, voire des signes de menace d'avortement ou d'accouchement prématuré avant le traumatisme et mettant ainsi en cause son imputabilité. Mais ces pièces sont parfois inexistantes et de toute façon elles ne peuvent être procurées qu'avec l'accord de la victime !

II - L'interrogatoire de la victime

Il devra être précis et minutieux.

1) Relatant les circonstances exactes de l'accident : choc direct ou indirect, sa nature, son intensité ...

2) détaillant les antécédents de la victime :

- obstétricaux et gynécologiques surtout : nombre d'enfants vivants, compte rendu des accouchements, la femme a-t-elle un passé d'accouchements prématurés, d'avortements spontanés à répétition ? A-t-elle été traitée pour stérilité ? Existe-t-il une pathologie associée, a-t-elle un utérus cicatriciel ?

- Mais on précisera aussi les antécédents médicaux et chirurgicaux à la recherche d'un facteur aggravant ou favorisant.

3) L'interrogatoire devra essayer de donner une description détaillée du tableau réalisé. Aussitôt après l'accident : la femme a-t-elle perdu connaissance ? a-t-elle saigné abondamment ! quelle était la nature et le siège des lésions, étaient-elles abdomino-pelviennes ou à distance ? Les premiers troubles sont-ils apparus immédiatement ou après un intervalle libre plus ou moins long ? Quel est l'état actuel, existe-t-il des séquelles, des troubles fonctionnels ?

III - L'examen de la victime

Il devra être le plus complet possible, à la fois clinique et paraclinique.

1) L'examen clinique ne permet pas toujours de conclure car, très souvent, il s'agit d'un accident déjà ancien lorsque l'expertise est effectuée et la grande majo-

rité de ces traumatismes guérissent sans laisser de séquelles.

- Parfois on retrouvera des stigmates du traumatisme : cicatrices, déformations ..

- On essaiera surtout d'apprécier l'état antérieur de la malade : par l'examen général à la recherche d'un goître, d'une cardiopathie, d'une hypertension artérielle ... et plus encore par l'examen gynécologique détaillé qui décèlera parfois une tuméfaction pelvienne, une malformation congénitale, un infantilisme du tractus génital ...

- Enfin on fera le bilan des séquelles éventuelles : fistules, prolapsus, etc...

2) Pour accomplir au mieux sa tâche et parvenir à la description la plus fidèle possible de l'état de la malade, l'expert pourra s'aider du laboratoire : il a le droit de demander tous les examens qui lui paraissent indispensables, à condition que ces examens soient anodins, qu'ils ne fassent encourir aucun risque, si minime soit-il, à la victime ! Il pourra ainsi faire effectuer des dosages hormonaux, des prélèvements ... mais il devra éviter tous les examens exposant à un risque d'anesthésie, d'hémorragie ou d'irradiations : donc il devra proscrire la coelioscopie, la biopsie de l'endomètre et même les radiographies répétées surtout s'il existe une grossesse encore en évolution.

B) Discussion de l'imputabilité

Un traumatisme peut être incriminé soit devant l'apparition de manifestations aiguës (avortement, accouchement prématuré, mort

in utéro ...) soit pour des séquelles.

1) Lorsqu'il s'agit de manifestations aiguës

- Parfois l'imputabilité est évidente dans les cas de traumatismes gravissimes, surtout si les complications sont apparues immédiatement.

- Ailleurs il paraît probable que le traumatisme n'est pas en cause : car l'accident était bénin, car les premières manifestations ne sont survenues qu'après un long intervalle libre, car une pathologie associée peut expliquer l'accident de la grossesse, le traumatisme apparaissant alors comme une simple coïncidence.

- En fait les situations sont rarement aussi bien tranchées, et d'ailleurs, même dans ces cas où il ne semble pas exister de relation de cause à effet, le médecin expert devra se montrer prudent dans ses conclusions en effet :

- Nous avons vu qu'il n'existait pas de parallélisme strict entre le traumatisme et ses répercussions sur la gestation. Ceci est vrai pour toutes les manifestations pathologiques de la grossesse mais, plus particulièrement, pour l'accouchement prématuré qui peut être réalisé par un traumatisme minime.

- La pathologie associée fragilisait peut être la grossesse, mais la grossesse aurait peut-être évolué normalement au prix d'une surveillance accrue, s'il n'y avait eu un traumatisme intercurrent. Aussi, il est difficile de rejeter l'imputabilité hormis les

rare cas où l'on peut prouver que l'évolution de la grossesse était fatale : par exemple s'il existait un hydramnios aigu, une môle hydatiforme ... Enfin il faut noter que l'aggravation, ou l'apparition de complications des lésions associées lors d'un traumatisme sont directement imputables à celui-ci : il pourra s'agir d'une torsion de kyste de l'ovaire, de la rupture d'un utérus fragilisé par une intervention chirurgicale antérieure etc...

- Le délai entre le traumatisme et l'apparition de manifestations pathologiques est de grande valeur pour le rejet de l'imputabilité surtout s'il est très long : BAULO et SINIGAGLIA pensent que dans ces cas l'on ne peut retenir l'origine traumatique qu'après avoir éliminé toutes les autres causes possibles par une étude complète anamnistique, clinique et paraclinique ... Mais ZWEIFEL pense qu'il existe toujours un certain laps de temps entre le traumatisme et par exemple l'interruption de grossesse. Nous avons vu d'ailleurs, dans ce cas de la Pitió, qu'une semaine s'était écoulée entre l'accouchement prématuré et le traumatisme causal qui pourtant avait été violent et avait entraîné des fractures multiples du bassin. C'est dire combien il est parfois difficile de conclure et peut-être plus encore lorsqu'il s'agit d'une mort in utéro : car le diagnostic ne peut être établi qu'avec un certain recul, et de plus, il peut y avoir une rétention de fœtus mort plus ou moins longue à l'échéance de laquelle il sera difficile de fixer avec exactitude la date de la mort fœtale même après autopsie.

II) Lorsqu'il s'agit de séquelles les problèmes à résoudre sont souvent aussi ardus. Certes il existe des séquelles évidentes et en tout premier lieu celles consécutives à l'action chirurgicale : Exérèses élargies telles hystérectomie, ovariectomie; ou plus simplement séquelles de curetage, de césarienne ... il peut s'agir aussi de gros délabrements vulvo-périnéaux, de fistules ... Mais il est des cas où l'interprétation des séquelles est sujette à caution : telle la constatation d'un prolapsus chez une femme obèse à paroi défaillante, ou plus encore la constatation de troubles fonctionnels : syndromes douloureux divers, dyspareunie, troubles des règles, répercussions neuro-psychiques ...

Là encore le rejet de l'imputabilité est mal aisé, il faut prouver que ces troubles étaient inéluctables même en l'absence de tout traumatisme ... C'est dire l'importance de l'étude de l'état antérieur de la patiente.

III) Quoi qu'il en soit le médecin expert devra pouvoir formuler des réserves pour l'avenir

- En prévoyant d'éventuelles complications obstétricales si la femme n'a pas encore accouché.

- Et d'une façon générale, en prévoyant la possibilité d'aggravation des troubles séquellaires.

C) L'évaluation du dommage comprendra :

1) Le préjudice matériel représenté par :

- La somme des frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation tant pour les lésions primitives que pour les complications ou les réinterventions chirurgicales.

- L'allocation d'une incapacité totale temporaire concernant la durée de l'hospitalisation et de la convalescence.

- Plus rarement se posera le problème d'une incapacité partielle permanente qui pourra être allouée, pour une fracture du bassin par exemple (en fait l'incapacité partielle permanente résulte le plus souvent d'une lésion associée extra-génitale).

II) Mais d'autres préjudices peuvent être en cause en plus de ce préjudice matériel, l'évaluation est plus délicate car ils caractérisent des facteurs non mesurables. On pourra envisager un prétium-doloris devant des douleurs physiques intenses ou au nom du désagrément d'une hospitalisation prolongée, voire pour le risque encouru à l'occasion d'une intervention chirurgicale délicate. Mais l'on voit combien l'appréciation d'un tel préjudice est mal aisée ; mais que dire lorsqu'il s'y ajoute une douleur morale : Existe-t-il, par exemple, une réparation possible du chagrin d'une femme sans enfant et rendue stérile par un accident ? On pourra aussi parfois envisager un préjudice esthétique s'il existe des cicatrices disgracieuses, et même un préjudice d'agrément dans lequel on inclut souvent la dyspareunie.

III) Enfin, il existe parfois une deuxième victime en cause : l'enfant.

Celui-ci a droit à un dédommagement au même titre que la mère au nom du principe que "l'auteur d'un accident est tenu de réparer toutes les conséquences de cet accident" il devra donc : rembourser les frais d'hospitalisation, de traitement ou de placement dans une maison spécialisée ; et éventuellement verser une incapacité partielle permanente s'il persiste des séquelles (arriération, troubles neurologiques ...). En cas de décès de l'enfant après la naissance, le responsable de l'accident aura à sa charge toutes les conséquences juridiques de ce décès.

IV) De cette étude on voit combien les préjudices découlant d'un traumatisme en cours de grossesse peuvent être multiples et complexes aussi, l'évaluation du dommage est souvent délicate, surtout lorsqu'il s'agit d'un accident de droit commun car la réparation est totale et par ailleurs, il n'existe pas de guide barème indicatif. Lorsqu'il s'agit d'un accident du travail, les problèmes sont simplifiés du fait de deux particularités : la réparation est forfaitaire ; l'imputabilité est systématiquement reconnue dès que l'accident se produit soit sur les lieux de travail, soit lors du trajet. Par ailleurs, l'état antérieur n'intervient pratiquement pas dans la détermination de cette imputabilité, il suffira de constater une aggravation de l'état antérieur à l'occasion du travail pour que l'affection soit considérée comme accident de travail.

CONCLUSIONS

- :-

La femme en cours de grossesse est exposée de plus en plus aux traumatismes, du fait de sa participation plus grande à la vie active et surtout du fait de l'augmentation considérable de la fréquence des accidents de la circulation.

En fait tous les actes de la vie quotidienne peuvent être cause de traumatisme. A cette grande diversité étio-pathogénique répond un polymorphisme au moins égal des tableaux cliniques réalisés. Fort heureusement, la grande majorité de ces traumatismes n'a aucune répercussion sur l'évolution de la grossesse ou sur le produit de conception. Mais à l'inverse, il est des cas où les conséquences sont gravissimes, mettant en cause non seulement le pronostic vital de la mère mais aussi la gestation en cours et le bon déroulement de l'accouchement ! De plus ... et comme si la complexité n'était pas déjà suffisamment grande, elle est encore majorée par cette particularité de la gravidité qui veut "que les conséquences d'un traumatisme soient absolument imprévisibles", l'observation de grandes séries montre en effet, qu'il n'existe aucun parallélisme entre l'accident causal et ses répercussions : tel traumatisme grave sera subi sans dommage et à l'inverse, tel autre minime et distant de la sphère

re génitale, entraînera l'interruption de la grossesse ! Nous voyons dans ces conditions combien la tâche de l'expert sera rendue difficile et cependant, il lui faudra encore tenir compte d'un troisième facteur lui-même variable : le délai présidant à l'apparition des complications qui peut-être plus ou moins long ! (Nous avons d'ailleurs vu, dans le cas de la Maternité de la Pitié, que l'intervalle libre avait été d'une semaine malgré des fractures multiples du bassin).

Au total nous pouvons dire que les conséquences d'un traumatisme en cours de grossesse sont : Imprévisibles, variables par la gravité et la nature des lésions, variables enfin par le délai d'apparition. Ces "trois variables" traduisent parfaitement les difficultés que pourra rencontrer le médecin expert pour établir une "relation de cause à effet", mais aussi elles lui dictent combien il devra savoir se montrer prudent dans ses conclusions, et savoir formuler des réserves quant à l'avenir !

Pour être complet il nous faut encore parler des séquelles qui peuvent grever un traumatisme : nous les avons vues diverses ; parfois graves compromettant l'avenir gynécologique ou obstétrical de la femme, ou se répercutant sur sa vie socio-professionnelle ou affective. La preuve de l'imputabilité se heurtera souvent aux mêmes problèmes que pour les manifestations aiguës, aussi, l'appréciation exacte de l'état antérieur de la malade prendra là toute son importance ! De plus, lorsqu'il s'agit de séquelles, la matérialité des faits est parfois difficile à établir, surtout si l'on est en présence de troubles fonctionnels.

Nous avons vu les difficultés que pouvait rencontrer un médecin expert dans l'accomplissement de sa mission ... En fait le juge, dans sa tâche d'évaluation précise du dommage subit, se heurtera souvent à des problèmes aussi considérables. En effet, s'il est relativement facile de fixer un préjudice matériel, il en va tout autrement lorsqu'il existe soit un prétium doloris, soit des préjudices esthétiques, juvéniles ou d'agrément ... Mais là où les obstacles deviennent pratiquement insurmontables c'est lorsque le traumatisme implique une deuxième victime, "l'enfant" :

- Comment évaluer le dommage subit par une femme ayant donné naissance à un grand prématuré débile et arriéré mental ?

- Comment à l'inverse, dédommager l'enfant extrait d'une femme mourante et condamné dès son premier souffle à l'orphelinat ?

- Existe-t-il une réparation possible du chagrin d'une femme jeune sans enfant et rendue stérile ?

Tous ces graves problèmes nous montrent combien la réparation peut être, en certains cas, illusoire ; mais aussi ils nous laissent entrevoir le rôle prépondérant de la prévention des traumatismes par une protection rigoureuse de la femme enceinte pendant toute la période de gestation, et plus encore, au cours du dernier trimestre qui expose alors une deuxième victime.

Les lois sociales se sont orientées dans cette direction mais peut-être serait-il bon d'insister auprès des femmes pour qu'elles fassent preuve de plus de prudence en cette

phase particulièrement vulnérable de leur vie, peut-être pourrait-on les mieux informer des risques des voyages pénibles et leur faire comprendre que les "congés maternité" ne sont pas de simples vacances supplémentaires. Peut-être parviendrait-on, de cette façon, à diminuer dans des proportions considérables l'une des principales causes de traumatisme en cours de grossesse : "les accidents de la route"?

Vu :

Le Président :

Signé : R. MERGER

Vu :

Le Doyen Honoraire,

Administrateur Provisoire
de la Faculté de Médecine,

Signé : G. BROUET

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

Signé : Robert MALLET

BIBLIOGRAPHIE

-:-

- ATLAY R.D. et PRYSOR
"Traumatisme abdominal fermé cause de mort du fœtus".
Am. J. Obst. Gyn. février 1967.
- BAILO P. et SINIGAGLIA D.
"Fractures et grossesse".
Minerva Chir. 15 décembre 1956.
- BURGER H.
"Rupture traumatique des veines pelviennes et utérines par traumatisme forcé dans la grossesse".
Zbl, gyn. 14 octobre 1967.
- CHOSSON I., RUF H., Ayme Y.
"Incidence des traumatismes graves sur la gestation".
Bull. Fed. Gyn. Obst. avril 1962.
- EZES H.
"Les ruptures de l'utérus gravide".
Maternité, mai 1954, n°5.
- DEMOURGUES, GABRIEL, SCHNEPP
"Indication de césarienne pour motifs orthopédiques".
Bull. Fed. Gyn. Obst. 1961, n°2.

- GUENIOT
"Grossesse et traumatisme considérés dans leurs rapports".
B.M. Soc. Chir. 1876.
- KLEE F.
"Atteinte intra-utérine du fœtus par traumatisme au cours de la grossesse".
Zbl. Gyn. 1951, n°15.
- KLEINE H.O.
"Retard de la consolidation des fractures au cours de la grossesse et de la lactation".
Zbl. Chir. 1939 n°22.
- LACOMME U.
"Sur le décollement traumatique du placenta au cours de la gestation".
Ann. Fac. franç. Med. Pharm. de Beyrouth.
- LEROY M.
"Evaluation du préjudice corporel" 1964. "Une présentation du siège dans un bassin antérieurement traumatisé".
Bull. Fed. Gyn. Obst. n°3 1960.
- MAHON R., BRUN G.
"Traumatisme et grossesse".
E.M.C. 2.1959 - 5049 A.10.
- MAGNIN P. et collaborateurs
"A propos des rétrécissements traumatiques du bassin".
Bull. Fed. Gyn. Obst. 1966.
- Mc. CLURE I.N.
"Rupture de l'utérus gravide due à un traumatisme abdominal non pénétrant".
Surgery mars 1954, n°3.

- MERGER R., LEVY J., MELCHIOR J.
"Précis d'Obstétrique".
Masson Editeur.
- PAPADOPOULOS J.
"Les traumatismes par projectiles de
l'utérus gravide".
Mém. Acad. Chir. n°10-11, mars 52.
- REBON J.
"Contribution à l'étude de l'avenir
obstétrical des femmes ayant eu une
fracture du bassin".
Thèse Paris 1967.
- RICHON J.
"Hémorragie rétro-placentaire trauma-
tique".
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. n°2, 1951.
- ROCHE et REYNAUD
"Appréciation du dommage corporel dans
le cadre du droit commun". 1960.
- SCOTT W.A.
"Complications chirurgicales durant
la grossesse et le travail".
Am. J. Obst. Gyn. avril 1945.
- SEEAR T. et WOEPPEL C.J.
"Mort foetale causée par une fracture
du bassin".
Am. J. Obst. Gyn. n°2, février 53.
- TILLAUX H.
"Traumatisme et grossesse".
Bull. Méd. 1898 n°2.
- VERMELIN H. et FACQ J.
"Hémorragie rétro-placentaire d'origi-
ne traumatique à six mois".
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. janv. 56.

- WISHINGRAD L. and coll.
"Studies of non hemolytic hyper-
bilirubinemia in premature infants".
Pediatrics août 65.
- WHITELEY H. et GREEN H.N.
"Le rôle du traumatisme dans l'étiologie de l'avortement".
J. Obst. Gyn. Brit. Emp. n°6, déc.52.
- WRIGHT C.H., POSNER A.C., GILCHRIST J.
"Traumatismes pénétrants de l'utérus
gravide".
Am. J. Obst. Gyn. n°5, mai 1954.

